Nr. 48. W Krakowie, dnia 1 Grudnia 1877 r. Rok XVI.

BIURO REDAKCYI Ulica Grodzka Nr. 73.
ADMINISTRACYJA Ulica Szewska Nr. 207.
Ekspedycyja miejscowa w księg. St. Krzyżanowskiego Rynek główny Nr. 30.

Przedpłatę przyjmują: 1) Administracyja; 2) Ajencyje obok wymienione; 3) w Król. Polskiem i w Ces. Rosyjskiem Urzędy poczt.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

wychodzący pod redakcyją

Prof. Dra L. Blumenstoka.

Wychodzi co sobota w objętości 1—1½ arkusza.

Rękopismy zwracają się tylko w skutek wyraźnego zastrzeżenia.

Ajencyje główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *M. Leitgebra* i Wsp.

Cena Przeglądu Lekarskiego wynosi: w Krakowie: rocznie złr. 6, półrocznie 3, kwartalnie 1·50 w Ces. Austryjackiém: 6·60, 3·30, 1·80; w Ces. Niemieckiém: 14, 7, 3·50 marek; w Królestwie Pol. i Ces. Rosyjskiém, a mianowicie: w Warszawie: rocznie 5 Rsr. półrocznie 2½ Rsr. na Prowincyi: 6 i 3 Rsr. — Cena ogłoszeń, które przyjmuje Redakcyja wynosi: Za wiersz drobny (petit) lub miejsce tegoż po 5 ct. Numer pojedyńczy kosztuje 15 ct.

I. Z pracowni prosektoryjum szpitala powsz. lwowskiego.

Przyczynek do anatomii patologicznéj wgłobienia jelit. Przepuklina jelit w worku sieciowym przy zagłobie.

Opisał Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powsz. lwowskiego.

(Dokończenie.)

Najbardziéj jednak zajmują nas w obu przypadkach dalsze zmiany anatomiczne znalezione w zagłobach. Na samym szczycie zagłoby widzimy w piérwszym przypadku błonę śluzową w wysokości 5 cm. mocno krwią nabiegłą, a blisko szczytu w jelicie wypuklonem przedziurawienie wielkości centa o brzegach rozpadłych i nacieklych błonicową wypociną; odpowiednio szczytowi i ściany jelita esowatego na przestrzeni dłoni zupełnie rozpadłe, a brzegi nacieklé takąż wypociną. W drugim przypadku szczyt jest tylko zaczerwieniony i powierzchownie owrzodziały, w kiszcze esowatéj jednak znajdujemy znowu wrzód obszerny, w kilku miejscach przedziurawiający zupełnie ściany jelita. Prócz jednego przypadku Klebsa, a drugiego Bocka, przytoczonych na wstępie, nie mogłem w księgozbiorach służących mi do użytku wynaleść podobnego przypadku przedziurawienia ścian pochwy (*invaginans*) u szczytu zagłoby; należą więc zmiany te w każdym razie do nader rzadkich i niezwykłych powikłań w przebiegu zagłoby. Co do sposobu powstania owrzodzeń tych, niemożemy uważać je za skutek przeniesienia zgorzeliny tkanek ze szczytu zagłoby na błonę śluzową pochwy przylegającéj, ponieważ szczyt znajdujemy w obu przypadkach pomimo zmian częściowych na nich zachowany, nie zaś zgorzelinowo rozpadły, nadto zmiany w jelicie esowatém są w obu przypadkach daleko głębsze, niż zmiany znalezione na szczycie. Z drugiéj strony wygląd dna i brzegów tych przedziurawień każą wnosić, że zmiany w pochwie trwają tak długo, jak w ogóle zagłoba, rozwinęły się zatém zaraz w początku zagłobienia jelit, a ze ścisłego ograniczenia owrzodzeń tych do okolicy szczytu zagłoby nasuwa się i wniosek, że zmiany te musiały mieć ściśle do miejsc tych ograniczoną przyczynę, najbliższe bowiem otoczenie owrzodzeń wykazuje, jak całe zresztą jelito grube w dolnéj części, błonę śluzową zupełnie zdrową, niezmienioną. Zdaniem naszém więc powstały głębokie owrzodzenia w jelicie esowatém tylko w ten sposób, że w początku powstania zagłoby szczyt takowéj obrzękł bardzo znacznie i wywiérał przez dłuższy czas trwały ucisk na cewę jelita otaczającego go, tak, że krążenie w ścianach jelita w tém miejscu zostało przerwane a tkanki jego uległy obumarciu. Ucisk taki obrzmiałego szczytu zagłoby na pochwę tłumaczy zarazem i powstanie ograniczonéj rozpadliny w ścianach szczytu, na pełnym już obwodzie takowego, 2·5 cm. od końca szczytu, jak to ma miejsce w piérwszym opisanym przypadku, podczas gdy zresztą w całym szczycie krążenie się wyrównało i takowy został utrzymanym; tłumaczy też powierzchowne owrzodzenia błony śluzowéj szczytu w przypadku drugim, również w całości utrzymanym. Że w skutek przesiąknięcia zgorzelinowych tkanek i drażnienia owrzodzeń spływającym kałem powstało w końcu w obu przypadkach na błonie śluzowéj i brzegach owrzodzeń zapalenie błonicowe, jest rzeczą bardzo zwykłą i naturalną; zapalenie zaś to wywołało przekrwienie zapalne szczytów w obu przypadkach opisane. Po odtrąceniu obumarłych części jelita grubego powstały po pewnym dopiéro czasie przedziurawienia takowego, odpowiednio czemu historyja choroby wykazuje u obu chorych nagłe pogorszenie stanu, a sekcyja w obu przypadkach świéże zapalenie powszechne otrzewny, powstałe w ostatnich dniach życia.

Niemniéj zasługują na uwagę zmiany opisane przez nas w ciągu jelit zagłobionych. W dziełach patologiczno-anatomicznych Rokitanskiego, Förstera, Klebsa, Birch-Hirschfelda nie napotkałem bowiem ani wzmianki o podobnych ograniczonych zmianach w ciągu zagłoby wytwarzających się, nie mogłem też wynaleść w piśmiennictwie choćby jeden podobny przypadek opisany, a jedyną wzmiankę o podobnych zmianach znalazłem u Lichtensterna (l. c.), który jak wyżéj namieniliśmy, przytacza całkiem ogólnikowo i bez podania jakiegokolwiek źródła, że „śmierć może nastąpić skutkiem przedziurawienia jelita (którego?) i zapalenia otrzewny“, nie mówiąc jednak o miejscu przedziurawienia, tak, że może się to stósować i do szczytu

i szyi zagłoby. W obu naszych przypadkach widzimy prawie w jedném miejscu, jednakowéj rozległości i charakteru zniszczenia jelita w środkowych cewach (w 1szym przypadku jelita środkowego i błony śluzowéj jelita zewnętrznego, w 2gim przypadku jelita wewnętrznego, środkowego i błony śluzowéj zewnętrznego) bez przedziurawienia jednak jelita zewnętrznego, tak, że tą drogą zapalenie otrzewny z pewnością nie powstało. Co do początku opisanych owrzodzeń, możemy z całą pewnością wykluczyć powstanie ich z chorób błony śluzowéj, jak błonicy, durzycy, gruźlicy, kiły, bielicy itd., a moglibyśmy tylko przypuścić powstanie ich z zatoru małych tętniczek, w myśl Klebsa. Temu jednak sprzeciwia się badanie wolném okiem i pod drobnowidem brzegów owych otworów, które okazują tętniczki i żyły zupełnie wolne, niezaczopowane, choć niedokrewne, tak w ścianach jelit, jak w ich kreskach. Natomiast okoliczność, że zniszczenia te z jednego jelita przechodzą w głąb, wprost na ściany drugiéj cewy jelita, jak to ma miejsce w drugim przypadku, tak jak gdyby otwory opisane zostały dłutem przez grubość obu jelit razem wybite, przemawia jak najwyraźniéj za przyczyną równocześnie i tylko na te ograniczone miejsca jelit działającą, a tą jest ucisk wywarty przez obrzękłe pierwotnie cewy jelitowe, jużto przez kreskę wgłobioną, jużto przez sfałdowanie się cewy wewnętrznéj (w drugim przypadku o 7 cm. dłuższéj od cewy zewnętrznéj), wzajemnie na siebie i w ograniczoném miejscu do tego stopnia, że powstało w miejscach tych obumarcie tkanek przez całą grubość jelita, lub, jak w cewie zewnętrznéj, tylko powierzchowne błony śluzowéj. Z pojęciem tém zgadza się okoliczność, że najbliższe otoczenie otworów tych lub owrzodzeń znaleziono blade, zupełnie prawidłowe, jakotéż, że według wejrzenia brzegów i dna tych owrzodzeń, musimy takowe również odnieść w obu przypadkach do pierwszych dni powstania zagłoby, zaczém przemawia zupełne oczyszczenie się brzegów i dna ich od strzępków obumarłych, brak silniejszego oddziaływania zapalnego na ich granicy, tak, że sprawę owego zniszczenia musimy uważać za ukończoną, a nawet nie możnaby przy takim obrazie zaprzeczyć możności wygojenia się tych owrzodzeń, gdyby zapalenie otrzewny przez zniszczenie jelita esowatego powstałe nie było życiu kres położyło.

Musimy więc do opisanych dotychczas zmian patologicznych w przebiegu zagłoby dodać i tę, że „jelita zagłobione mogą w ciągu swéj długości w skutek silnego i dłuższego ucisku, jaki na siebie przez pewien czas wywiérają w okresie obrzmienia, rozpaść się zgorzelinowo w ograniczonych miejscach, które po sklęśnięciu cew jelitowych zagłobionych, przy dłuższym przebiegu, mogą się oczyścić a nawet wygoić, skoro jelito zewnętrzne (*intususcipiens*) przytém nie ucierpiało, a zagłobione jelita zrośnięte ze sobą stały się drożnemi".

Przechodząc do omówienia zmiany w śródjeliciu przyokrężném (*mesocolon*) i w położeniu jelit cienkich napotkanéj, muszę i tu zauważyć, iż pomimo najdokładniejszego śledzenia opisu choćby podobnego przypadku szukałem nadaremnie; dotychczas bowiem znane są tylko pęknięcia urazowe krések jelit cienkich bardzo małe, a i te przypadki są bardzo rzadkie. Musiało więc przy piérwszym przypadku nasunąć się pytanie, czy zmiany opisane nie zostały przy poszukiwaniach w jamie brzusznéj podczas sekcyi niespostrzeżenie zdziałane? Przeciw takiemu przypuszczeniu przemawia jednak tyle ważnych okoliczności, że ono upaść musi nawet w obec mocnego sceptycyzmu. Rozważywszy bowiem zmianę w położeniu sieci wielkiéj, która nad jelitami leżącemi w worku sieciowym była silnie wypukloną i naprężoną, tak, że nawet część jéj leżąca zwykle luźnie na okrężnicy częściowo użytą została do utworzenia worka, a którąto zmianę niepodobnaby doraźnie sprowadzić; uwzględniwszy własności brzegów przedarcia w śródjeliciu, które okazały się żółtawemi, rozmiękłemi i ze strzępkami za dotknięciem już dającemi się odrywać od brzegów, wreszcie były wypociną i kałem przesiąknięte; uwzględniwszy, że ściany worka sieciowego były pokryte wypociną włóknikowo-ropiastą kałem zabarwioną, wypociny te i kał zaś bez istniejącego w śródjeliciu otworu mogły się do worka sieciowego dostać chyba otworem Winslowa, co się jednak nie zdarza; uwzględniwszy znaczną długość jelit w worku tym napotkanych (w 1 przyp. 72 cm.), a wreszcie i okoliczność, że część ta jelit pomimo, iż znacznie wyżéj położonych, były przecież sinawo zabarwione, podczas gdy pętle wolno w jamie brzusznéj leżące różowo tylko, co wskazuje na utrudnione do pewnego stopnia krążenie w piérwszych pętlach, niepodobna było w 1szym przypadku uważać zmiany te za pośrednie. Tém więcéj utwierdziło mnie w tém przekonaniu, gdy w 3 lata późniéj przy sposobności podobnéj zagłoby napotkałem drugi raz takąż samą zmianę z cechami zupełnie podobnemi do piérwszego przypadku, przyczém uwaga była na wszystkie szczegóły zwróconą. Zachodzi więc pytanie, w jaki sposób i w jakim czasie powstało przedarcie śródjelicia i przepuklina opisana jelit? Odpowiedź na te pytania jest w danych przypadkach dość trudną. Piérwszą przyczyną, o jakiéj myśleć by wypadało, byłaby urazową, zewnętrzną; wywiady jednak takowéj nie wykazują, a uraz, któryby taki skutek za sobą pociągnął, trudno by uszedł uwagi chorych; z drugiéj strony, o ile brzegi przedarcia okazują, że nie powstało ono po śmierci, to przecież pasma naczyniowe na brzegach przedarcia dobrze utrzymane, jakotéż niezbyt wybitne zmiany w jelitach wskazują, że przedarcie to mogło trwać kilka dni, nie zaś tak długo, jak zagłoba w obu przypadkach. Jedyne więc tłumaczenie zmian tych byłoby następujące:

Jak wiadomo, okrężnica poprzeczna otoczona jest naokoło otrzewną, która po za nią stykając się dwiema blaszkami, tworzy kreskę na 10 — 14 cm. wysoką, t. zw. śródjelito przyokrężne (*Mesocolon transversum*), którą okrężnica przyczepioną jest do kręgosłupa, z drugiéj zaś strony schodzi od żołądka ku okrężnicy sieć wielka i przyczepia się do niéj na przedniéj powierzchni, poczém w dalszym ciągu pokrywa zwoje jelit cienkich. Okrężnica leży więc jako walec w kącie pomiędzy dwoma wachlarzami, które, jeżeli podniesiemy śródjelicie, zetkną się w okrężnicy prawie pod kątem prostym. Śródjelicie to jest, jak się łatwo przekonać można, u rozmaitych osób rozmaicie grube, przedstawia się bowiem raz jako dość zbita, biaława błona dość mocna, w innych zwłokach zaś jest bardzo cieniutką, tak, że naciągnięta wygląda jak delikatna, szklista, przeświecająca błoneczka, która za lekkiém uciśnięciem z łatwością pęka. W zwykłych stosunkach okrężnica kryje się przytém pod wątrobą i żołądkiem, częścią nawet przez nie pokryta i leży przy kręgosłupie i tylnych ścianach brzusznych, od dołu podtrzymywana zwojami jelit cienkich, leżących poniżéj, często zaś widzieć można, że jelita cienkie podsuwają się wysoko ku górze pod i nad okrężnicę aż do żołądka, szukając wygodnego pomieszczenia w jamie brzusznéj. Śródjelicie jednak jest pod okrężnicą skryte tak, że nawet przy gwałtownych urazach nie jest na uszkodzenia narażone. Stosunki te doznały jednak skutkiem powstałéj zagłoby w obu opisanych przypadkach bardzo znacznych przeistoczeń. Okrężnica poprzeczna z powodu zagłobionych w niéj jelit zgrubiała bardzo znacznie, do średnicy 12 cm. i stała się przytém niezwykle ciężką, musiała więc przy ułożeniu chorego stojącém, siedzącém

lub nawet pochyłém tylko, upadać znacznie ku dołowi, jakoż znaleziono takową w obu przypadkach poniżéj pępka. Ponieważ jednak utrzymywaną była od przodu siecią wielką, musiała takową do pewnego stopnia naprężać, a w skutek tego nie mogła już leżeć przy tylnych ścianach brzusznych, lecz z powodu uwiśnięcia na sieci wielkiéj usunąć się i ku przodowi, do przednich ścian brzusznych. Przy takiém położeniu śródjelicie zostało przynajmniéj o tyle odsłoniętém i napiętém, że pod nie mogły się dostać jelita cienkie, opierając się jak o przegrodę o takowe. Jama brzuszna nadto przez wał wytworzony zgrubiałą okrężnicą i śródjelicem przedzieloną została na 2 połowy, większą górną i mniejszą dolną, któréj to ostatniéj pojemność zmniejszały nadto od strony lewéj również w skutek zagłoby zgrubiałe okrężnica zstępująca i jelito esowate. Jelita cienkie więc, które zwykle mogą podchodzić wysoko i rozpościerać się na boki w jamie brzusznéj i tak znaleść wygodne pomieszczenie, musiały przy tak zmienionych warunkach, odemknięte od góry i boków a ograniczone do małéj przestrzeni w dolnéj części brzucha, wywierać znaczny ucisk na śródjelicie tem bardziéj, że i treść ich była obfitszą, niż zwykle i ruchy robaczkowe skutkiem utrudnionego wypróżnienia ich treści musiały być żywszemi. Dodajmy do tego, że śródjelicie było w obu naszych przypadkach cienkie, a naprężenie już skutkiem znacznego zgrubienia okrężnicy musiało być większe, a nawet skutkiem tego zgrubienia jelita tu i owdzie blaszka dolna od górnéj mogła odstawać, co również osłabić musiało siłę odporną téj błony, to w obec wszystkich przytoczonych warunków łatwo stać się mogło, że przy silném napieraniu na stolec, wymiotach, silniejszym ruchu, jelita cienkie naparły tak silnie na śródjelicie przyokrężne, że takowe ucisku tego wytrzymać nie mogło, pękło, a jelita stojące pod znacznym uciskiem wystąpiły przez otwór zdziałany do worka sieciowego, wypierając ztąd żołądek i wątrobę ku górze.

Doświadczenie z przytoczonych przypadków i z tłumaczenia jedynie możebnego zmian w końcu namienionych poucza nas zatém, że prócz znanych dotychczas następstw zagłoby może nastąpić i takie, że przy zagłobach w okrężnicy poprzecznéj znacznéj długości, takowa usuwa się ku dołowi i przodowi, odsłaniając śródjelicie poprzeczne; ostatnie tworzyć może z okrężnicą przeponę, dzielącą jamę brzuszną na część górną i dolną, która czyni niedostępną górną połowę jamy brzusznéj jelitom cienkim, tak, że te muszą zajmować tylko dolną część jamy brzsznéj. Skutkiem tego mogą jelita cienkie, stojące pod znacznym uciskiem, naprzeć tak silnie na śródjelicie poprzeczne, że takowe może pęknąć, a jelita cienkie w znacznéj długości przejść pod okrężnicą poprzeczną do worka sieciowego, tworząc przepuklinę wewnętrzną worka sieciowego *(hernia interna sacci omentalis).*

II. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. J. Szeparowicz,
Prymaryjusz oddziału chirurg. w głównym szpitalu we Lwowie.

4. Kazuistyka chirurgiczna systemu nerwowego obwodowego.

b) Statystyka wycięcia nerwu dolnoszczękowego według sposobu Paraviciniego, ocena metody.

(Dokończenie.)

10. Jakkolwiek niniejszy przypadek jeszcze nie został przez autora ogłoszony, jednak znając go dobrze pod względem przebiegu i powikłania, uważam za stosowne dla całości przytoczyć takowy. Tyczy on się chorego mężczyzny z okolicy Lwowa, którego w lecie r. b. operował prof. Billroth w Wiedniu. W kilka dni po dokonanym rękoczynie podwiązano z powodu bardzo znacznego krwawienia z rany tętnicę szyjną; poczém wkrótce chory utracił wzrok w oku téjże saméj strony. Oko na pozór czyste badane przez specyjalistów w Wiedniu nie przedstawiało wrzekomo żadnych przedmiotowych zmian. Chory przybył do Lwowa z ranami tak w jamie ustnéj, jakoteż i na szyi nie zgojonemi i z znacznym szczękościskiem: udał się do kolegi prof. R., który wydobył z jamy operacyjnéj w jamie ustnéj duży kawałek gałęzi szczęki dolnéj w całéj swéj grubości zmartwiały. Na list prof. R. donoszący o stanie chorego odpowiedział prof. Billroth, że się już z tego cieszy, że chory wyszedł żywy z całej sprawy. Prawdopodobnie dowiemy się bliższych szczegółów tego przypadku z opisu samego prof. Billrotha.

O ile więc z jednéj strony większa część opisanych przypadków mogłaby posłużyć do ustalenia nowéj metody, o tyle znów z drugiéj owe nieszczęśliwie zakończone mogłyby zachwiać takową. Przecięcie a nawet wycięcie nerwu w nerwobolu jest w ogóle jeszcze nie zupełnie przyjętym rękoczynem w chirurgii; podczas bowiem, gdy z jednéj strony nie można z należytą pewnością ani siedziby ani przyczyny nerwobolu określić, gdy następnie zazwyczaj nerwoból odnawia się mimo należytego wycięcia (Stromeyer, Nussbaum, O. Weber), a tylko mniéj więcéj w 18 na 100 przypadków wyzdrowienie trwa dłużéj nad jeden rok (O. Weber. *Krankheiten des Gesichts.* Billroth-Pitha. *Handb. d. Chir.* str. 163.), z drugiéj strony niektóre rękoczyny liczą niestety względnie aż nadto znaczną liczbę przypadków, które zakończyły się śmiercią, co nie bardzo zgadza się z zasadą, że środek leczniczy nie powinien być niebezpieczniejszym, aniżeli sama choroba.

Zastanówmy się więc nad metodą Paraviciniego bliżéj i zbadajmy ją o ile możności dokładnie i bezstronnie na podstawie dotychczasowego doświadczenia, a zacznijmy od zarzutów, jakie jéj ze stanowiska teoretycznego zrobiono, oceniając, o ile takowe w praktyce się sprawdziły. Zarzucano jéj przedewszystkiem trudność wykonania: szereg dokonanych rękoczynów świadczy najwymowniéj o tém, że jest w zupełności wykonalną, a ja mogę zapewnić z doświadczenia, że wykonanie jéj wcale nie jest trudném mimo dość nieprzystępnych i niewygodnych miejscowych warunków.

Następnie zarzucano jéj trudność odosobnienia n. dolnoszczękowego, a zatém niebezpieczeństwo uszkodzenia mimo wiedzy i woli innych ważniejszych części, a mianowicie n. językowego i tętnicy szczękowéj wewnętrznéj. W wyszczególnionych przypadkach tylko dwa razy wycięto n. językowy (przyp. 1 i 8my) nie przez omyłkę, lecz umyślnie; zaś tętnicy szczękowéj wewnętrznej nigdy nie uszkodzono; późne krwawienie w 10 przypadku zostanie poniżéj ocenione. Zresztą gdyby nawet przypadek zrządził, żeby ktoś nadciął tę tętnicę, to też samo przecież zdarzyło się takiemu mistrzowi jak Schuh (*über Gesichtsneuralgieen.* Wien 1858, strona 111, historyja choroby VI.) lubo tenże dokonał rękoczynu podług dawniejszéj metody, przy któréj nacięcie zdaje się prawie niemożliwém. Co się zaś tyczy zadania odosobnienia nerwu dolnoszczękowego od językowego, takowe nie tylko jest wykonalne, ale nawet bardzo łatwe. Nerw dolnoszczękowy daje opór u brzegu kanału, do którego wchodzi, podczas gdy wolny bieg nerwu językowego łatwo daje się wyczuć jako taki, zresztą nerw językowy zaraz na początku operacyi przy oddzielaniu m. skrzydlastego wewnętrznego z nim razem na bok się usu-

wa. Względnie najtrudniejszém zadaniem jest umocowanie i wycięcie już odosobnionego nerwu, lecz i w téj mierze nabywa się potrzebnéj wprawy przez ćwiczenie na zwłokach.

Zarzut, jakoby nie można wyciąć dostatecznie wielkiego kawałka nerwu upada w obec tego, że Billroth wyciął kawałek 10 linij długi; zresztą los chorego nie zawisł jedynie od miary wyciętego kawałka; częstokroć bowiem odnawia się nerwoból, mimo że wycięty kawałek był bardzo znaczny, jak np. po rękoczynach wykonywanych według metod, które umożliwiają wycięcie na dowolnéj przestrzeni; a przeciwnie nie powraca tam, gdzie tylko mały kawałek wycięto. W moim przypadku, jeżeli się nie uwzględni owych dwóch tygodni (w 3 roku po dokonanym rękoczynie), kiedy chory został był słabą recydywą nawiedzony, rozpoczął się już czwarty rok od czasu gdy został wyleczonym. Ostatecznie komuby zależało na długości wyciąć się mającego kawałka, a nie zadowolił się taką miarą, jaka przy metodzie Paraviciniego jest możliwą, ten może użyć połączonych dwóch cięć, jak to uczynił Schönborn.

W końcu jeżeli się uwzględni, że opisany rękoczyn nie jest połączony ze znaczném skaleczeniem i że nie jest wcale dla chorego niebezpiecznym, ani też nie pozostawia najmniejszego zeszpecenia na twarzy, należy przyznać, że ta metoda odpowiada wszelkim wymogom chirurgii.

Niestety atoli kilka przypadków z niepomyślnym wynikiem odsłoniły także słabe strony metody, których autorowie z góry krytykujący nie przewidzieli. Przypadek 7my zakończył się śmiercią już w 9tym dniu po operacyi, a przyczyną jéj była posocznica. Nicoladoni przypisuje winę nieczystości jamy ustnéj, która cechuje chorych z takim nerwobolem, oraz kieszonkowatości rany operacyjnéj. Pomijając pierwszą zgadzam się zupełnie na tę drugą przyczynę; wprawdzie należy podnieść, że Nicoladoni nie uwzględnił jeszcze jednéj okoliczności, mojém zdaniem ważniejszéj aniżeli nieczystość jamy ustnéj, a mianowicie téj, że mimo trudnych warunków miejscowych, które jak on to sam podnosi, w jego przypadku były jeszcze większe aniżeli zazwyczaj bywają, usiłował nerw uczynić dla oka przystępnym, tak za pomocą znacznego rozciągania brzegów rany, jakoteż za pomocą wycinania tkanki tłuszczowéj w jamie operacyjnéj, okoliczność, która z jednéj strony jest wykroczeniem po za obręb metody, z drugiéj zaś tłumaczy rozległość i znaczny stopień sprawy zgorzelinowéj w tkance zbyt silnie ugniecionéj! mimo to należy przyznać, że warunki gojenia rany według metody Paraviciniego są rzeczywiście nader niekorzystne. Z jednéj strony kieszonkowate, ślepe wgłębienie i niejednostajność jamy ułatwiają nagromadzenie wysięków, z drugiéj tępy, miażdżący sposób operowania wywołuje zgorzelinowy rozpad tkanki, wreszcie warunki są tego rodzaju, że cząstki pokarmowe dostają się łatwo podczas żucia i połykania a mianowicie w chwili wzajemnego zbliżania się do siebie obu szczęk do wnętrza rany, przeciwnie na zewnątrz z niéj albo tylko z trudnością albo zgoła się nie wydobywają w sposób dobrowolny, a nadto powietrze, ów niezbędny czynnik rozkładu cząstek organicznych, dostaje się tu w znacznéj ilości podczas poruszeń szczęk; z drugiéj zaś strony czyszczenie rany nie może się odbywać z taką dokładnością, jakiéj nauka wymaga dla pewnego zapobieżenia złym sprawom następowym! Płókanie jamy ustnéj, jakoteż przestrzykiwania rany są tu prawie tylko złudzeniem, bo chociaż sam lekarz może to dokładnie wykonać mimo trudności miejscowych, nie potrafi tego jednak uskutecznić służba, a wreszcie nie robi tego zapewne tak często, jakby wymagały niekorzystne warunki rany. Śmiało więc można oświadczyć, że po dokonanym rękoczynie pozostawia się chorego na łasce losu; operator staje się tylko biernym widzem, który nie może nadać pożądanego kierunku gojeniu. To właśnie mojém zdaniem jest najsłabszą stroną metody.

Okoliczność, że większa część przypadków zakończyła się pomyślnie, nie osłabia podniesionego zarzutu. Jeden niepomyślny wynik w obec setki szczęśliwych, jeżeli tylko nie jest nadzwyczajnym przypadkiem, lecz przeciwnie jest następstwem warunków miejscowych, osłabia wartość rękoczynu, który można wykonać w celu czasowego wyleczenia chorego z cierpienia niezagrażającego bezpośrednio jego życiu. Dla chorego jest rzeczą zupełnie obojętną umrzeć w stosunku $\frac{1}{x}\frac{0}{0}$ lub $x\frac{0}{0}$ wykazanym w statystyce rękoczynu! Mój przypadek jest pod pewnym względem bardzo pouczającym; był on bowiem w całém tego słowa znaczeniu poprzednikiem owego nieszczęśliwego przypadku Dra Nicoladoniego tak pod względem chronologicznego następstwa jako też i powikłania. Chory Nicoladoniego umarł, a mój bezpośredni jego poprzednik omało nie umarł na posocznicę. Gorączka, rozlany obrzęk na szyi, a co najważniejsza wysoki stopień sprawy zgorzelinowéj, w skutek której przez długi czas odchodziły z obu ran strzępy tkanki zgorzelinowéj, były wybitną cechą rozwijającéj się posocznicy, któraby niewątpliwie zakończyła się była śmiercią, gdybym nie zrobił zawczasu stósownego przeciwotworu na szyi nie czekając dojrzenia ropnia, i gdybym nie był przeprowadził sączka. Natomiast u chorego Dra Nicoladoniego rozwinęła się posocznica w całéj pełni, o czém oględziny zwłok przekonały. W przypadku 9tym (prof. Lossena) nastąpiła śmierć w skutek ropnicy, oględziny pośmiertne wykazały obnażenie całéj szczęki dokoła. Jak należy tłumaczyć tak rozległe obnażenie? Prof. Lossen wyraził swoje zdanie w liście do mnie pisanym, jakoby owe częściowe zamartwiny kości spostrzegane w moim i jego pierwszym (względnie 8-ym) przypadku były wynikiem oddzielenia się okostny, którego prawie nie podobna uniknąć. Na to zdanie szanownego profesora trudno mi jest się zgodzić. Najprzód ja w moim przypadku okostny wcale nie oddzielałem od kości; gdyż to wcale nie należy do zasad metody P., mimo to jednak nastąpiła sprawa zamartwinowa kości jakkolwiek ograniczona; natomiast prof. Billroth w swoim (3cim) przypadku umyślnie oddzielił całą okostnę, a mimo to w opisie tego przypadku nie ma wcale wzmianki o następowéj zamartwinie. W drugim przypadku prof. Billrotha (przyp. 10ty) wystąpiła zamartwina bardzo rozległa, sięgająca na wskroś przez całą grubość gałęzi szczękowéj; zresztą jest to okolicznością dobrze znaną, iż samo obnażenie kości z okostnéj nie pociąga za sobą koniecznie zamartwiny kości, choćby tylko do saméj blaszki ograniczonéj, ponieważ odżywienie kości odbywa się nie tylko od okostnéj, lecz i od wnętrza kości; a tém mniéj należy się tego spodziewać, jeżeli się kości nie pozbawiło okostny lecz tylko tę ostatnią się podniosło, poczém ona znów do swego podścieliska powraca. Dodawszy i tę okoliczność, że we wszystkich opisanych przypadkach była sprawa zgorzelinowa tkanki łącznéj bardzo znaczna, uważam to za rzecz pewną, że we wszystkich tych przypadkach posoka i zgorzelina były przyczyną obnażenia i zamartwiny kości, a następnie ropnicy i śmierci. Nie mniéj też téj przyczynie przypisuję wystąpienie późnego krwawienia z rany w 10ym przypadku (prof. Billrotha); prawdopodobnie było ono wynikiem przeżarcia tętnicy szczękowéj wewnętrznéj w skutek sprawy zgrzelinowéj.

Tak więc możemy odnieść wszystkie niepomyślne przypady a względnie i śmierć w przytoczonych przypadkach do jednéj prostéj przyczyny a mianowicie: nagromadzenia posoki w ranie oraz braku należytego jéj odpływu. To, że nie w każdym przypadku takie same dają

się spostrzegać następstwą, często bardzo napotyka się w chirurgii; dwa przypadki na pozór zupełnie do siebie podobne kończą się całkiem odmiennie; w jednym następuje wygojenie przez rychłozrost lub co najmniéj bez zatrważających przypadów, a w drugim rozwija się posocznica i zabiera swoją ofiarę. W podobnych warunkach miejscowych raz zagnieżdża się zarazek, który jak iskra wśród palnego materyjału wznieca i roznosi dokoła zniszczenie, a drugi raz i dziesiąty to się wcale nie dzieje a sprawy następowe rozwijają się spokojnie i łagodnie. W obec tego obowiązkiem jest chirurga pamiętać o tym wrogu i jeżeli nie można zabić jego samego, jak to się dzieje gdzie indziéj, za pomocą Listrowskiéj oprawy, należy usiłować nadać warunkom miejscowym taką postać, ażeby zarazek powstawszy nie znalazł w ranie gruntu i warunków do swego rozwoju. Temu zadaniu czyni się zadość zapewnieniem ciągłego odpływu z rany; tém samém bowiem odprowadza się na zewnątrz tak sam materyjał rozkładowy jako też i czynnik sprawiający rozkład. Przy metodzie Paraviciniego posłuży ku temu celowi najskuteczniéj przeciwotwór i sączek; należy to jednak zrobić zawczasu nie czekając powstania sprawy następowéj, którąby do tego zmuszała. Nie dobrze czyni chirurg, który zawsze tylko zdąża za wypadkami; lepiéj jest takowe wyprzedzać, albowiem łatwo można przyjść za późno. Lossen przeciął ropień na szyi w 14 dni po operacyi w swoim pierwszym przypadku (przyp. 8-my) i skończyło się pomyślnie; zrobiwszy zaś to samo po 15 dniach w drugim przypadku (pr. 9-ty), nie zdołał już tém naprawić spustoszeń, jakie posoka sprawiła, i chora umarła! Ja w moim przypadku zrobiłem przeciwotwór już w 5-ym dniu, mimo że nie było jeszcze rozwiniętego ropnia; mimo to zniszczenia, o których wspomniałem, już nastąpiły. Pierwszy okres zapalny po rękoczynie jest najniebezpieczniejszym; wysięki zapalne w tym okresie posiadają w wysokim stopniu gorączko i zapalnorodne cechy (*pyro et phlogogon*), a posokowate nacieki w tkankach (*Infiltratio septica*) wywołane zatrzymaniem odpływu nie dadzą się powstrzymać późniéj zrobionemi cięciami tak, jak to bywa w ropniach opadowych. Zresztą nie zawsze występują owe kliniczne przypady, które zazwyczaj wymagają zrobienia przeciwotworów. W przypadku Nicoladoniego nie było ani obrzęku ani zropienia tkanki na szyi, bo byłby on niewątpliwie zrobił toż samo, co ja zrobiłem w moim przypadku a jednak chory umarł na posocznicę. Słusznie Nicoladoni z tego powodu robi zarzut metodzie, gdy prof. Lossen w swoim przypadku zwalnia tę ostatnią od winy a przypisuje przyczynę śmierci stosunkom szpitalnym. Powtarzam więc jeszcze raz z naciskiem: „należy w każdym przypadku rękoczynu według Paraviciniego zaraz po wykonaniu operacyi zrobić w stósownem miejscu na szyi przeciwotwór i wprowadzić sączek dla zamienienia kieszonkowatéj rany na przewód z dwoma ujściami." Co się tyczy miejsca, gdzie taki przeciwotwór ma być zrobionym, zwracam uwagę, że to ze stanowiska klinicznego jest obojętném, w tym względzie rozstrzygają tylko względy anatomiczne; te zaś wskazują jako najodpowiedniejsze miejsce dolny brzeg szczęki między kątem tejże a tętnicą szczękową zewnętrzną. Tu nie można nic ważnego uszkodzić, jeżeli się tylko ostrze skalpela zwraca ku kości a cięcie ma przewodnika bądź to w zgłębniku, bądź cewniku przez jamę ustną na dno rany operacyjnéj wprowadzonym. Sączek zaś odpowie najlepiéj swemu zadaniu, jeżeli zostanie od przeciwotworu na wskroś przez ranę operacyjną i jamę ustną na zewnątrz przeprowadzony i umocowany, albowiem za pomocą wstrzykiwań do sączka można w takim razie co chwila ranę oczyszczać, co może każdy nie wprawiony a nawet sam chory wykonać. Atoli można także ograniczyć się do wprowadzenia sączka jednego lub jeszcze lepiéj podwójnego od przeciwotworu aż do dna jamy operacyjnéj i szpilką takowy umocować; wprawdzie czyszczenie rany w takim razie nie jest tak wygodne jak w pierwszym i sączek łatwo może wypaść, jednakże osiągnie się tym sposobem tę korzyść, że wygojenie rany operacyjnéj a mianowicie jéj brzegu ciętego w jamie ustnéj przez rychłozrost prędzéj następuje. Zalecana przezemnie odmiana metody Paraviciniego jest tak drobnym dodatkiem do téj metody, że jéj istoty w niczém nie zmienia, miarę skaleczenia tylko nieco powiększa a pozbawia ją najsłabszéj strony, tém samém zapewniając bezpieczeństwo dla chorych.

III. Oceny i wyciągi.

Prof. Dr. E. Hofmann (we Wiedniu): **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin**, II Hälfte, Wien 1878, Urban et Schwarzenberg (str. 321—814).

Oceniając przed kilką tygodniami pierwszą połowę dzieła prof. Hofmanna o medycynie sądowéj wyraziliśmy nadzieję, że autor świetnie wywiąże się z założenia swego; dziś przeczytawszy połowę drugą, nierównie obszerniejszą i ważniejszą, przeczytawszy ją z wielką uwagą i z nie mniejszą przyjemnością, zapewnić możemy, że nadzieja nie była płonną.

Jeżeli w ogóle łatwiéj krytykować, aniżeli samemu napisać, jeżeli znającemu dokładnie literaturę przedmiotu nie trudno dostrzedz jakiejś luki w książce, która mogła ujść uwagi piszącego, jeżeli wreszcie w części 1-széj tu i owdzie znachodziła się nieznaczna taka luka, to w części którą obecnie mamy przed sobą, nawet oko najbaczniejsze nie dopatrzy się usterków, choćby małoważnych: część ta wyszła z jednego odlewu i na pierwszy rzut oka można poznać, a po dłuższém rozczytaniu się utwierdzić się w przekonaniu, iż autor obraca się na polu tak dokładnie sobie znaném, że bez względu czy wspina się na mgliste wyżyny teoryi lub schodzi do życia powszedniego, wszędzie kroczy pewną nogą, na badaniach cudzych i własnych jak najswobodniéj się opierając. To oczywiście nie tuzinkowa kompilacyja, stary materyjał według modnego kroju na suknię napozór nową przetwarzająca, lecz praca własna, wynik własnéj wiedzy i własnego doświadczenia, nie pomiatająca i cudzemi, choćby najskromniejszemi cegiełkami, do budowy głównéj przydawać się mogącemi.

Nawet okoliczność, że prof. Hofmann nie dopełnił programu, jaki na wstępie części pierwszéj był podał, a mianowicie okoliczność, że pominął w zupełności ważny nader dział medycyny sądowéj, to jest psychopatologiję sądową, nie zmniejsza wartości książki. powiedzielibyśmy nawet, że ją podnosi. Wśród pisania książka urosła autorowi nadspodziewanie, a nie pozostało mu nic innego, jak ciągnąć daléj rzeczy bez względu na wzrastającą nad miarę objętość książki, albo zbyć psychopatologiję na kilku stronicach, jak to czyni np. Schauenstein, co znów byłoby połączone z krzywdą tak ważnéj gałęzi medycyny sądowéj. Nie chcąc wzbudzić w czytelniku błędnego mniemania, że gałąź ta jest mniéj ważną, a głównie polegając na tém, że nauka ta niedawno dopiero przez Krafft-Ebinga w sposób wyborny i wyczerpujący została opracowaną, zdecydował się autor nasz na zupełne pominięcie tego rozdziału. Na tém pominięciu atoli książka Hofmanna zyskać tylko mogła: ponieważ bowiem trudno być gruntownym we wszystkich działach nauki, ponieważ w szczególności autor na polu psychopatologii dotąd wcale nie był się dał poznać, więc ważna ta dziedzina musiałaby być traktowaną po macoszemu w porównaniu

z innemi działami, w każdym razie nie samodzielnie; dla tego lepiéj się stało, że autor odsyła czytelnika do Krafft-Ebinga, miasto strojenia się w jego pióra.

Część II rozpoczyna się od ran postrzałowych, do których autor zalicza i rany zdziałane przez nowsze środki wybuchające (nitroglicerynę, dualinę i dynamit) odwołując się w téj mierze do dwóch przypadków przez nas ogłoszonych. — Następują uwagi nad przepisami prawnemi odnoszącemi się do uszkodzeń cielesnych nie pociągających za sobą śmierci oraz do następstw stałych z uszkodzenia wynikających; uwagi te tyczą się zarówno kodeksu karnego obecnie u nas jeszcze obowiązującego, jako téż projektu nowéj ustawy karnéj, oraz ustawy niemieckiéj. Uwagi te są w ogóle bardzo trafne, szkoda tylko, że autor stara się zdefiniować koniecznie pojęcie „ciężkiego" uszkodzenia według §. 152 k. k. dotychczasowego, co się nikomu dotąd, a więc i autorowi nie udało. Mówiąc „o obrażeniach śmiertelnych" zastanawia się H. nad najbliższemi przyczynami śmierci a pomiędzy niemi nad wstrząsem (shok), co do ostatniego opierając się na pracach nowszych Nussbauma i jego uczniów, znacznie ścieśniających pojęcie i przypuszczanie wstrząsu, który do nie dawna był kozłem ofiarnym w wielu przypadkach nieznajomości przyczyny śmierci. Nader ciekawym jest przypadek Golz'owskiéj „próby klepania" spostrzeżony przez autora na człowieku, a mianowicie na wyrobniku, który dostał się był pomiędzy dwa wagony; nastąpiły wymioty, mdłości, brak chwilowy tętna i bicia serca, a następnego dnia zupełne wyzdrowienie.

Po rzeczy o związku przyczynowym pomiędzy najbliższą przyczyną śmierci a obrażeniem, w któréj autor rozpisuje się i nad odróżnieniem obrażeń za życia i po śmierci zdziałanych, następuje obszerny dosyć traktat o samobójstwie (str. 397—427), w którym znajdujemy wiele cennych uwag nad sposobami, w jaki ludzie życie sobie odbierają, — daléj idzie rzecz o badaniu śladów krwi (str. 427—446) i włosów (str. 446—456). Kto zna prace poprzednie autora w obydwóch tych kierunkach, pojmie, że zbytecznêm byłoby dodać, iż ustępy te są znakomicie opracowane, zwłaszcza rzecz o badaniu śladów krwi nic nie pozostawia do życzenia.

Niemniéj wyczerpującym jest rozdział o obrażeniach cielesnych w miarę ich siedziby (str. 456—500). Autor przechodzi wszystkie obrażenia począwszy od głowy aż do stóp, czyniąc nad niemi trafne uwagi chirurgiczne i sądowo-lekarskie. Niektóre z tych uwag są tak wymowne i zwięzłe, że warto je dosłownie powtórzyć, jak np. że lekarz sądowy nigdy nie powinien uszkodzenia uznać za śmiertelne, dopóki takowe nie zakończyło się śmiercią, — że z powodu częstości pęknięcia podstawy czaszkowéj należy podstawę dokładnie zbadać po odłączeniu opony twardéj, i że okoliczność tę każdym razem w protokóle należy zapisać — złote to prawidło zwłaszcza dla lekarzy sądowych młodszych, którzy czasem zbadawszy sumiennie rzecz nie uważają za potrzebne opisać dokładnie, to co widzieli i w jaki sposób widzieli, skutkiem którego to zaniechania protokół sekcyjny staje się niedostatecznym, zwłaszcza jeżeli na jego podstawie po dłuższym upływie czasu mają orzekać przy rozprawie inni lekarze sądowi. — Pod względem możebności powstania przepuklin skutkiem obrażenia w brzuch zadanego autor opiéra się na zdaniu wypowiedzianém przez Rosera: „że kto nie ma przepukliny od urodzenia, nigdy jéj więcéj nie dostanie." Wielce uznania godném jest wreszcie, że autor przy każdém obrażeniu dodaje i uwagi swoje nad udawaniem i zatajeniem takowego, przezco zbytecznym się staje osobny rozdział o symulacyi, który we wielu dziełach ze szkodą dla przedmiotu samego odrębne jeszcze znajduje miejsce, stanowiąc chyba przypomnienie historyczne, jak wielkiéj wagi kwestyja ta była dawniéj, a jak znaczenie jéj maleje coraz bardziéj w obec postępu nauk lekarskich.

Obszerny rozdział o uduszeniu (str. 501—578) jest uwieńczeniem dzieła całego; jest to bowiem istna monografija, która osobno drukowana uchodziłaby za pracę odrębną i samodzielną; tyle bowiem mieści w sobie nowych poglądów, tak wszechstronnie tak pod względem teoretycznym jako praktycznym przedstawia wszystkie kwestyje odnoszące się do rozmaitych sposobów śmierci wynikającéj z uduszenia, że przeczytawszy ją żałujemy, że rzecz już się skończyła. Widocznie autor ze szczególném zamiłowaniem oddał się temu działowi medycyny sądowéj; to téż w żadném dziele dotychczas nie znaleźliśmy tak jasnego, przekonywającego przedstawienia rzeczy. Wszystkie szczegóły traktuje autor sumiennie i z gruntowną znajomością rzeczy i literatury; tłumaczy co może, a jeżeli go na co nie stać, jak np. na wytłumaczenie przyczyny płynności krwi u uduszonych, to przynajmniéj podaje literaturę dotychczasową, zachęcając do dalszych poszukiwań celem rozwiązania zagadki. Jak poprzednio już, tak i teraz H. zwraca uwagę na wpływ, jaki wywiéra na śmierć szybką przy powieszeniu przylgnięcie korzenia języka do tylnéj ściany połyku, oraz ucisk zdziałany przez narzędzie duszące na tętnice głowowe, a który to ucisk wykazał doświadczalnie na preparatach zwłok zamrożonych. Podbiegnięcia krwawe brózd w tkance komórkowatéj podskórnéj znalazł 2 razy i uważa je w ogóle za nader wyjątkowe; również znalazł 2 razy złamanie kości gnykowéj i to w obydwóch przypadkach rogu wielkiego prawego (jak w przypadku niedawno przez nas opisanym. *Sprawozd.*) Daléj przytacza przypadek dowodzący, że jednorazowe silne uchwycenie i uciśnięcie krtani może pociągnąć za sobą natychmiastową utratę przytomności (str. 558); zwiększonéj zaś objętości płuc u utonionych, którą Casper nazwał „*Hyperaëria*," słusznie nie uważa za rozedmę, lecz jako następstwo nagromadzenia się płynu w oskrzelach, przez co płuca po otwarciu klatki piersiowéj nie mogą zapadać się tak, jak się to zwykle dzieje; zwraca wreszcie uwagę na ważny fakt, że u osesków częstokroć śmierć następuje skutkiem zatkania dróg oddechowych śluzem oskrzelowym i że takie przypadki mylnie biorą za uduszenie gwałtowne.

Rozdziały o śmierci z wymorzenia, oraz w ciepłocie zbyt wysokiéj lub zbyt niskiéj są opracowane bardzo sumiennie i dokładnie; jasnoczerwoną barwę skóry i krwi na zwłokach zamarzniętych poczytuje atoli mylnie jako powstałą skutkiem odtajenia; według naszego doświadczenia bowiem jaśniejsze to zabarwienie wprawdzie nie zawsze zdarza się na zwłokach zamarzniętych, ale tam gdzie się objawia, trwa ono tylko aż do odtajenia, a potém przeciwnie znika.

Do najlepszych należą wreszcie rozdziały: o otruciu (str. 597—693) i o dzieciobójstwie (str. 697—783).

W pierwszym począwszy od definicyi trucizn aż do rozpoznania otrucia na podstawie objawów chorobowych, zmian pośmiertnych i dochodzenia chemicznego, znajdujemy wszystko, co tylko dla lekarza sądowego jest poniekąd ważném. Z trucizn poszczególnych zastanawia się autor głównie nad kwasem siarkowym, ługiem sodowym, kwasem arsenawym, fosforem, makowcem i morfinem, tlenkiem węgla, kwasem pruskim i strychninem, jako truciznami, z któremi w praktyce sądowéj najczęściéj się spotykamy, dodając wszelako uwagi krótsze i nad innemi mniej częstemi truciznami. Obszernie opracowaną jest rzecz o otruciu kwasem siarkowym, arszenikiem, fosforem, kwasem pruskim i jego preparatami oraz o zaczadzeniu; w ustępach odnośnych zarówno teoryja, jak praktyka

są uwzględnione należycie i na podstawie najnowszych a po części i własnych badań; w ustępie o zaczadzeniu pomiędzy chorobami przewlekłemi, które otrucie to może pociągać za sobą, nie wspomniał tylko autor o rozmiękczeniu mózgu (Simon).

W rozdziale o dzieciobójstwie autor przedstawia w sposób bardzo pouczający po kolei wszystkie odnośne kwestyje, i aczkolwiek widoczna, że już spieszy ku końcowi, przecież nie pomija tłumaczenia wątpliwości, jakie w drodze mu się tylko nasuwają. I tak powstaje przedewszystkiem przeciw uskutecznianiu nieodpowiedniemu próby płucowéj bezpośrednio po wyjęciu płuc i rozkrajaniu ich na drobne części, zanim się płuco dokładnie zbadało; praktyka ta istotnie jest bardzo rozpowszechnioną, i ztąd to pochodzi, że lekarz sądowy sprawdziwszy życie noworodka za późno spostrzega, że miał przed sobą i drugie, niemniej ważne zadanie wykazania przyczyny śmierci. — Twierdzeniu Schrödera, że w wyjątkowych przypadkach u dzieci, które niewątpliwie oddychały, płuca przy sekcyi mogą okazać się bezpowietrznemi, autor nie sprzeciwia się, polegając na nierównie większéj elastyczności płuc u noworodka, aniżeli w wieku późniejszym i odwołując się do doświadczeń Krahmera, czynionych na płucach z ciała wyjętych i zawieszonych wolno na tchawicy, oraz bacząc na doświadczenie, że płuca sztucznie wydęte znów się zapadają. (Sądzimy, że zachodzi przecież różnica między płucami wyjętemi z ciała a przypadkami podanemi przez Schrödera. *Sprawozd.*) Następnie wdaje się autor w bardzo gruntowną ocenę próby Breslau'a i zastanawia się nad próbą uszną Wredena-Wendta. Co do ostatniéj potwierdza zdanie Wendta, że po silnych wdechach środek dziecko otaczający dostaje się do jam bębenkowych i rozpycha pokład galaretowaty, że jednak od tego prawidła zdarzają się wyjątki, a autor widział dotąd dwa przypadki, w których u dzieci zgładzonych bezpośrednio po urodzeniu, pomimo że płuca zawierały powietrze, jamy bębenkowe znajdowały się w stanie całkiem płodowym; potwierdza także spostrzeżenie nasze, że u płodów gnijących jamy bębenkowe wypełnione są płynem krwawo-surowiczym, że więc na płodach gnijących próba uszna niedopisuje, tak jak próba płucowa. — Z licznych praktycznych wskazówek mieszczących się w tym rozdziale zwrócimy tylko uwagę lekarzy sądowych na jedną, mającą w praktyce wielką doniosłość, ponieważ lekarze często bardzo przy rozprawach odpowiadać muszą na pytanie, jak długo dziecko po urodzeniu się żyć mogło i jak długo oddychać musiało, aby płuca wypełnione zostały powietrzem? Otóż H. nie waha się stanowczo oświadczyć, że i jeden silny oddech może zapełnić płuca powietrzem, jeżeli tylko drogi oddechowe są wolne.

Ostatni rozdział traktujący o zmianach trupich (str. 783—802) jest tylko streszczeniem obszerniejszéj pracy autora, z któréj w roku bieżącym obszernie zdaliśmy sprawę w Przegl. Lek.

Dokładny spis rzeczy zajmujący 12 stronic, papier i druk piękny, nie małą są ozdobą książki, którą tyle zdobi zalet. Spotkaliśmy się właśnie z zarzutem, uczynionym części 1-éj przez jednego z recenzentów niemieckich, że niektóre kwestyje są zanadto obszernie traktowane; zarzut podobny możnaby uczynić pod niejednym względem i części 2-giéj; co do nas atoli niemielibyśmy nic przeciwko temu, gdyby prof. H. był i dłużéj jeszcze się rozpisał, skoro, jak powiedzieliśmy, nigdzie nie ma frazesów, a wszędzie pełno nauki, a co ważniejsza szczeréj chęci nauczania.

L. Blumenstok.

Baum: Przyczynek do leczenia chirurgicznego wypocin opłucnowych ropnych.

Mężczyzna 20-letni dostał we dwa tygodnie po skończeniu się gorączki z duru plamistego zapalenia ropnego opłucny prawéj. Zaraz następnego dnia nakłóto opłucnę strzykawką Prawazowską i otrzymano czystą ropę. Otworzono przeto z zachowaniem należytych ostrożności jamę opłucnową wśród użycia środków przeciwgnilnych, wydobyto do 3 litrów ropy, założono gruby sączek i opatrzono przeciwgnilnie. Wieczorem po téj operacyi podniosła się ciepłota do 40·5 a rano dnia następnego była już prawidłową. Przez kilka dni następnych przepłókiwano jamę opłucnową $\frac{1}{3}$% rozczynem kwasu salicylowego za pomocą podwójnéj cewki Kussmaulowskiéj; skoro atoli przekonano się, że ciepłota zwykle prawidłowa po przepłókiwaniu podnosi się do 38·5, zaprzestano tego dozwalając swobodnego odpływu ropie, przyczém zmieniano oprawę po 3 do 4 razy dziennie. Gorączki odtąd nie było, płuca coraz lepiéj odbywały swą czynność, w 17 dni po operacyi oddalono sączek a we trzy tygodnie po nacięciu opłucny chory był zupełnie wyleczony.

Bardzo podobnym jest drugi przypadek ropnego zapalenia opłucny u 19-letniego młodzieńca, w którym mimo worków z lodem i dużych dawek chininu ciepłota przechodziła 40° przy 56 oddechach. I tu po nakłóciu na próbę nacięto opłucnę wśród ostrożności przeciwgnilnych, dobyto tylko do 100 grm. ropy lubo nie było otorbienia wypociny. Po operacyi założono sączek i opatrzono mulem karbolowym. Po operacyi liczba oddechów 30, tętno 84 pełniejsze, sinica znikła, ciepłota utrzymywała się przez dwa dni po nad 39° a późniéj spadła poniżéj prawidła. Z początku przepłókiwano jamę opłucnową 2% rozczynem kwasu karbolowego; gdy jednak i w tym razie po każdém przepłókiwaniu ciepłota podnosiła się do 38° a chory doznawał bólów, przeto zaprzestano tego, postąpiono sobie jak w poprzednim przypadku a we 4 tygodnie po operacyi rana zagoiła się zupełnie.

U obydwóch chorych stos kręgowy nie skrzywił się, obydwie połowy klatki piersiowéj rozszérzają się jednako, a badanie fizyczne wykazuje stósunki prawidłowe.

Z takim skutkiem leczenia porównywa B. trzy przypadki leczone w klinice Frerichsa a opisane przez Ewalda, w których operowano raz 21go, dwa razy 26 dnia choroby, leczenie trwało w przecięciu po 5 miesięcy a mimo tego dwóch chorych wyszło z przetokami a wszyscy ze zniekształceniami klatki piersiowéj.

Tak uderzającéj różnicy w przypadkach leczenia dopatruje się B. 1) w tém, że operował wcześnie (raz 5go, drugi raz 15go dnia), gdy u F. operowano 21 i 26 dnia choroby; 2) że użył innego leczenia następowego a mianowicie: że u F. zatykano ranę skubanką, wypuszczano ropę rano i wieczór a przytém przepłókiwano jamę opłucnową przez cewnik płynem przeciwgnilnym, uważając zakładanie sączka co najmniéj za zbyteczne. Zdaniem B. przez zatykanie rany zmniejsza się trwale sprężystość płuc a przestrzykiwaniem utrzymuje stan zadrażnienia, co oczywiście opaźnia wyleczenie i to zwykle ze zniekształceniem połączone. Zbyt słabych zaś rozczynów do przepłókiwania używać nie można, gdyż rozczyny takie np. 1% kw. karbolowego nie wstrzymują gnicia a tém samém mogą części gnijące dostać się do jamy opłucnowéj wraz z niemi. Jeżeli zatém sama oprawa przeciwgnilna działa należycie, to w razie posoczenia ropy można raz przepłókać mocniejszym rozczynem, co zawsze nie tak będzie niebezpieczném jak zakażenie gnilne, w przypadkach zaś zastarzałych, w których sprężystość płuc znacznie się już zmniejszyła, nie można wiele rachować na przepłókiwanie, tém mniéj że

ropa w takich razach zwykle zawiéra skrzepy włóknikowe trudne do oddalenia przez przepłókiwanie. Tu będzie lepiéj idąc za Roserem przystąpić do resekcyi jednego lub kilku nawet żeber.

B. używał sączków w postaci rurek grubości palca małego z kauczuku wulkanizowanego i karbolizowanego. W celu zapobieżenia wpadnięciu ich do jamy opłucnowéj i swobodnego poruszania w razie potrzeby uważa B. za rzecz najpraktyczniejszą przyszyć kawałek sączka na 1 cal z rany wystający jedwabiem karbolizowanym do skórnych brzegów rany podsuwając pod jedwab wałeczki z mulu karbolowego lub waty salicylowéj, które przy każdém opatrywaniu łatwo przyjdzie zastąpić świeżemi. (*Berl. klin. Wchschft. 1877. 48.*) *D.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XVIte z dnia 24go października 1877 r,

Przewodniczący kol. Domański. Członków obecnych 27.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia, iż Tow. otrzymało w darze od kol. Dobrskiego z Warszawy Karola Vogta Listy o fizyjologii w tłumaczeniu polskiém, a od kol. Zawilskiego rozprawę jego pod tytułem: *Dauer und Umfang des Fettstromes durch den Brustgang nach Fettgenuss.*

3) Kol. Bylicki odczytał sprawozdanie ze zjazdu ginekologów w Mnichowie. (Umieszczone w Przegl. Lek.)

4) Kol. Przewodniczący wniósł wybranie komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha w tym samym składzie co w roku zeszłym z przybraniem koll. Feigla, Krówczyńskiego i Szeparowicza ze Lwowa. Wniosek ten przyjęto i wybrano prof. Oettingera przewodniczącym, Dra Skobla sekretarzem komisyi.

5) Kol. prof. Blumenstok podał przypadek sądowolekarski tyczący się „Afazyi". (Ukaże się późniéj w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi nad tém opowiada kol. Obaliński podobny przypadek skutkiem stłuczenia czaszki, w którym jednakże nastąpiło wyleczenie, co dowodzi, że nie zawsze należy w afazyi rokować niepomyślnie. Kol. Oettinger zgadza się ze zdaniem kol. Obalińskiego i przytacza przypadek utraty mowy po durze, która przeminęła. Zdanie tych kolegów popiera kol. Dembowski z własnego doświadczenia. Kol. Blumenstok odpowiada, że nie twierdzi bynajmniéj, aby afazyja była zawsze nieuleczną, mniema atoli opierając się na zdaniu innych, osobliwie Sandera i Griesingera, że najczęściéj afazyja nie ustępuje, osobliwie jeżeli już trwała przez czas dłuższy i tego trzymać się winien lekarz sądowy w swém orzeczeniu. Kol. Domański z powodu użycia przez jednego z kolegów wyrazu udar (apoplexia) w znaczeniu krwotoku do mózgu mniema, że najlepiéj będzie nie mięszać przypadowego oznaczenia ze zmianą anatomiczną. Wyraz nader trafny udar oznacza nagłe przerwanie czynności mózgu, które tak dobrze może być skutkiem wynaczynienia, jak zatoru lub innych zboczeń anatomicznych. Co do afazyi, jest kol. Domański zdania, iż ją można tylko uważać za przypad choroby mózgowéj i to zawsze ciężkiéj i zgadza się ze zdaniem kol. Blumenstoka, iż afazyja przez czas dłuższy trwająca zwykle pozostaje nieuleczną, jako objaw zmiany anatomicznéj do usunięcia niepodobnéj. Afazyja świéża, nawet zupełna, może ustąpić całkiem, jak to widział kol. Domański wraz z dwoma innymi kolegami nader wybitny przypadek obok porażenia połowiczego polegający najpodobniéj do prawdy na kile. Pytanie, czy osobę afazyją dotkniętą można uważać za poczytną, trudno w ogólności rozstrzygnąć; pamiętać wszakże należy, że u wszystkich osób z chorobami mózgowemi cierpią prawie zawsze mniéj lub więcéj władze psychiczne, co wykazuje się osobliwie przy dokładniejszém badaniu.

6) Nakoniec przyjęto do grona Towarzystwa Drów Jana Ziembińskiego z Krakowa i Alfreda Berggrüna ze Szczurowéj. *Dr. Dembowski.*

V. O 50tym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachijum.

Sprawozdanie Dra J. Warschauera.

(Dokończenie.)

Podałem szan. kolegom zwięźle, to co sam widziałem i słyszałem, opierając się na krótkich i dorywczych notatkach; reszty wykładów podać nie mogłem, bo je streścić nie można było, a dziennik wychodzący podczas zjazdu nic dotychczas nie podał do wiadomości publicznéj.

Trzecie i ostatnie ogólne posiedzenie odbyło się 22 września, również pod przewodnictwem księcia Karola Teodora Bawarskiego, którego ponownie prof. Pettenkofer do objęcia przewodnictwa wśród powszechnych i żywych oklasków zaprosił.

Następnie odczytano telegram nadeszły z Kasslu, téj treści: Rada miasta Kasslu wielce ucieszona wyborem już z góry wita zgromadzenie! Panowie Stilling i Gernat, których zgromadzenie na przeszłém ogólném posiedzeniu naznaczyło na członków komitetu gospodarczego przyszłego Zjazdu, oświadczyli również drogą telegraficzną, że wybór z podziękowaniem przyjmują. Na tém, jak i na przeszłych posiedzeniach wszyscy ministrowie byli obecni i przysłuchiwali się wszystkim wykładom, których wybór tym razem był najszczęśliwszy.

Piérwszy z kolei zabrał głos prof. Neymayer z Hamburga; w sposób jasny i bardzo zajmujący wykazał ważność meteorologii względnie służby morskiéj i życia gospodarczego.

Po nim zabrał głos prof. Virchow i mówił o wolności nauki w obecném życiu państwowém; mowa jego wywarła rozmaite wrażenie na słuchaczach; jedni byli bardzo ucieszeni i zaspokojeni, drudzy niemal smutni i niechętni, mówca polemizował bowiem przeciw Haecklowi i Naegelemu, niemal naganiając im kierunek przez nich w wykładach swych obrany i często powtarzał, że nie należy brać za przedmiot nauki problematów nie dowiedzionych. Mówił blisko $1\frac{1}{2}$ godziny z wielką swobodą; mowa jego była raczéj pogadanką o wielu rzeczach, dowiódł w niéj, że jest gruntowny, wytrawny i nieegzaltowany.

Przytoczył on najsamprzód dwa ciekawe fakty, rzucające światło na zmienione obecnie położenie; podaje, że w r. 1822, kiedy po raz piérwszy zjechali się w Lipsku przyrodnicy, nie było jeszcze bardzo bezpiecznie brać udział w takiém zgromadzeniu, tak dalece, że posiedzenia bywały tajemne, a nazwiska Austryjaków, którzy byli na tym Zjeździe dopiéro po 40 latach wolno było podać do wiadomości publicznéj. Drugim faktem jest, że Oken ozdoba tych zgromadzeń, duchowy onych twórca, na wygnaniu i w biedzie w Szwajcaryi umrzeć musiał, w oddali od miejsca, któremu najlepszą i największą część swéj siły duchowéj poświęcił. Następnie mówi, że przedmioty wykładane na piérwszych dwóch posiedzeniach ogólnych do-

wiodły, że w Mnichowie istnieje swoboda i wolność nauki, a że Haeckla i Naegelego wykłady mogły być miane i słuchane, dostatecznie świadczy o téj swobodzie. Że zaś wolno swobodnie na polu nauki wypowiedzieć zdanie, to wcale nie jest rękojmią, że ten stan się utrzyma i nadal, dla tego wypada się nad tém zastanowić, co należy uczynić, aby ten stan nadal się utrzymał; w tym celu zaleca głównie umiarkowanie. Powiada między innemi: łatwo powiedzieć, że komórka składa się z plastiduli i że ma duszę, że dusza jest produktem chemicznych składników, jest to możebne, ale wcale jeszcze nie jest dowiedzioném, że tak jest. Słowa te przeciw Haecklowi były wymierzone. O Klebsie zaś mówił: Klebs wyobraża sobie, że przyrzut (*contagium*) rozplemienia się przez wątek (*materia*) żyjący, przypuszcza więc przyrzut ożywiony *(contagium animatum)*; nazwa ta już istniała w 16 wieku, a teoryja ta już w kilku naukowych dziełach owego czasu się znajdowała. Mimo to jednak nie można było znaleść żyjących tych istot przenoszących zarażenie (*Infektionsträger*). Dopiéro w 19 wieku przez badania w dziedzinie botaniki i zoologii znaleziono zwierzęta i rośliny przedstawiające przyrzut. Gdy zaś jeden przyrzut tego rodzaju wykryto, miano słabość tłumaczyć sobie wszystkie choroby zaraźliwe w ten sposób, jak np. wąglik, błoniawę; atoli my nie mamy obowiązku wierzyć, że wszystkie przyrzuty tym samym powstają sposobem, jest to tylko prawdopodobieństwo, może ono być bardzo bliskiém prawdy, ale może i nie być, bo zapominać nie należy, że doświadczenie uczy, iż pokrewne zjawiska w przerozmaity sposób powstają. Naegelemu zarzuca, że w swym wykładzie żądał, ażeby dziedzinę duchową przeniesiono ze zwierzęcia na roślinę. Ten sposób myślenia jest naturalny, jeśli kto wyobraża sobie związek ducha z resztą świata, co może jest bardzo piękne, ale z pewnością jeszcze nie jest dowiedzione; czyż w ogóle jest koniecznem tłumaczyć sobie życie duchowe w ten sposób? jeśli życie duchowe uważamy jako zawisłe od materyjalnych pojawów ustroju światowego, natenczas wszelkie życie duchowe ustaje. Jeśliby np. przyciąganie i odpychanie uważano za psychę, natenczas wyrzucamy psychę za okno, natenczas psycha przestaje być psychą. Z tego wynika, że ścisła istnieje różnica między nauką a badaniem, że tylko to może być wspólném dobrem narodów, co jest pewném i dowiedzioném.

Daléj mówił Avé Lallemant o życiu zwierzęcém nad rzeką amazońską; przytoczywszy wielce ciekawe szczegóły w czarującém przedstawieniu zjednał sobie huczne oklaski.

Po nim mówił prof. Grübber z Ansbachu o najnowszych badaniach w dziedzinie historyczno-matematycznéj; wykład ten odznaczał się raczéj świetną formą aniżeli treścią, mimo to wszechstronnie się podobał.

Po załatwieniu jeszcze niektórych mniéj ważnych czynności prof. Zittel, drugi gospodarz Zjazdu, pożegnał zgromadzonych.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 listopada. Wiadomo, że II Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który się odbył w r. 1875 we Lwowie, uchwalił, aby Zjazd III odbył się w r. 1878 w Krakowie, a zarazem wybrał przewodniczącego i sekretarza Wydziału gospodarczego w osobach proff. Biesiadeckiego i Janikowskiego w Krakowie. Ponieważ prof. Biesiadecki przeniósł się tymczasem do Lwowa a tém samém nie może zająć się sprawami przyszłego Zjazdu, udał on się temi dniami do prezesa Tow. lek. krak. z wezwaniem, aby Towarzystwo wyręczając go w téj czynności wybrało Wydział gospodarczy. Na posiedzeniu swém atoli z d. 21 b. m. Tow. lek. krak. wychodząc z zapatrywania, że prawo złożenia wydziału gospodarczego w skutek przeniesienia się prof. Biesiadeckiego do Lwowa służy jedynie drugiemu przez Zjazd II wybranemu gospodarzowi, to jest prof. Janikowskiemu, uchwaliło onemu pozostawić inicyjatywę. W skutek tego prof. Janikowski zaprosił w d. 24 b. m. kilkudziesięciu lekarzy i przyrodników tutejszych na naradę, a po dłuższéj rozprawie, gdy przewodniczący Prezes akademii prof. Majer pomimo usilnych nalegań stanowczo wymówił się od przewodniczenia wybrać się mającemu Wydziałowi, zebrani przystąpili do wyboru 12, a raczéj 11 członków Wydziału gospodarczego (ponieważ prof. Janikowski przez Zjazd z góry wybrany został sekretarzem). Większością głosow wybrani zostali: pp. Alth, Blumenstok, Czyrniański, Domański, Grabowski Julijan, Grabowski Kazimierz (podskarbim), Gralewski mag. farm., Janczewski, Korczyński, Obaliński i Rostafiński. Wydział w ten sposób wybrany ukonstytuował się w d. 27 bm. wybrawszy jednogłośnie przewodniczącym swoim prezesa Majera, zastępcami prezesa pp. Czyrniańskiego i Korczyńskiego, poczém postanowił wzmocnić się przez wybranie jeszcze 5ciu członków, aby wszystkie gałęzie nauk lekarskich i przyrodniczych były reprezentowane. Wybrani zostali pp: Czerny, Jabłoński, Kadyj, Lutostański, i Skiba.

* Otrzymaliśmy kalendarz do użytku farmaceutów i chemików na rok 1878 wydany nakładem Tow. aptekarskiego we Lwowie. Jestto pierwszy rocznik a spodziewamy się, że nie będzie ostatnim, albowiem już piérwszy wcale pięknie się prezentuje i śmiało obejść się może bez pobłażenia należnego pierwszéj próbie. Towarzystwo aptekarskie we Lwowie okazuje wielką żywotność, gdy nie poprzestaje na wydawaniu czasopisma w niczém zagranicznym nie ustępującego, ale nadto przystąpiło do nowego wydawnictwa, któremu z całego serca najlepszego życzymy powodzenia. Przekonani jesteśmy, że książeczka tak ładnie i zwinnie ułożona znajdzie się wkrótce w ręku wszystkich zawodowców a nawet i lekarzy; pomijając bowiem urządzenie tak wewnętrzne jako i zewnętrzne praktyczne i nadobne, znajdujemy w niéj wcale piękne rozprawki redaktora Dra Wąsowicza „o chemiczno-sądowém dochodzeniu trucizn nieorganicznych, a przedewszystkiém arsenu i jego połączeń“ (str. 54—72), daléj rzecz „o moczu ludzkim“ (str. 72—77), „historyję rozwoju Tow. aptekarskiego“ przez A. Inlendera (str. 106—114), liczne tablice bardzo praktyczne, spis aptek w Galicyi i w Król. polskiém itd. itd. Papier, druk i oprawa bardzo piękne; rocznik ten ozdobiony jest popiersiem śp. Torosiewicza; rocznik drugi ozdobiony będzie popiersiem naszego profesora śp. Skobla.

* W Nr. 48 *Berl. klin. Woch.* znajdujemy krótkie wspomnienie pośmiertne o prof. Girsztowcie, napisane przez znanego w piśmiennictwie naszém Dra Gustawa Fritsche'go z Warszawy.

* W Lipsku zachorowało na włósiennicę 134 osób, jak dochodzenie wykazało, skutkiem spożycia kiełbas pochodzących z Brunświku. Z tego powodu magistrat wiedeński polecił konfiskować we wszystkich sklepach kiełbasy brunświckie celem poddania ich badaniu drobnowidowemu. (*W. med. Woch.*) Ponieważ kiełbasy te i u nas prawie w każdym sklepie się znachodzą, magistrat nasz powinien pójść za przykładem wiedeńskiego.

* Z Pragi czeskiéj donoszą, że znaczna większość wydziału lek. oświadczyła się za powołaniem na miejsce Heinego prof. Czernego z Heidelbergu. Zachodzi jednak

wątpliwość, czy Czerny przyjmie tę katedrę, ponieważ rząd badeński wszelkiemi siłami stara się zatrzymać go w Heidelbergu. (*W. med. Woch. 47.*)

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 (od 11 — 17 listopada) zmarło w Krakowie osób 53; 24 mężczyzn i 29 kobiet. Roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosi 50,1. W tym samym czasie śmiertelność wynosiła: we Lwowie 25,3; w Warszawie 20,6; w Poznaniu 27,0; w Wiedniu 24,6; w Pradze 34,3; w Buda-peszcie 36,6; w Tryjeście 34,7; w Londynie 21,2; w Odessie 23,1; w Chrystyjanii 11,9; w Barcelonie 16,9; w Gdańsku 30,7; w Monachijum 28,8; w Berlinie 22,9; w Dreźnie 20,6. Z chorób zakaźnych zmarło w Krakowie w 46 tygodniu osób 12, a mianowicie: z ospy 2 osoby nieszczepione, z odry 3, z płonicy 4, z dławca 1, z ropnicy 1; z chorób zaś płucnych zmarło osób 19.

Lwów d. 23 listopada. (*Koresp. oryg.*) Krajowa rada zdrowia odbyła dziś posiedzenie, na którém: 1) zastanawiano się nad sprawą moczenia lnu i konopi, a wybór komisyi odroczono na późniéj; 2) przyjęto z małemi poprawkami wnioski tyczące się dozoru sanitarnego nad szkołami; 3) wydano orzeczenie odmowne w sprawie otworzenia apteki w Peczyniżynie; 4) na zapytanie ministerstwa co do potrzeby ustanowienia taksy na zielone szkło aptekarskie odpowiedziano przecząco; 5) wydano orzeczenie odmowne w sprawie otworzenia apteki w Różniatowie; 6) zezwolono na przeniesienie zwłok XX. Lubomirskich w Krakowie; 7) odroczono sprawę nadania koncesyi na otwarcie oficyny chirurg. w Wiśniowcu z powodu braku dyplomu; i 8) wybrano komisyję składającą się z Drów Biesiadeckiego, Cassiny i Rosnera celem ułożenia instrukcyi dla aptekarzy.

* **Berlin.** Przed kilkunastu dniami odbyła się w zakładzie anatomicznym sekcyja zwłok N'Puugosa, owego goryla, który przed 1½ rokiem sprowadzony do Berlina za drogie pieniądze (20,000 marek) chowany był starannie w tameczném akwaryjum. Sekcyję uskutecznili proff. Virchow i Hartmann. Chociaż, jak się pokazało, młody goryl przebył dawniéj zapalenie otrzewny i osierdzia, to przecież przyczyną śmierci jego był prosty nieżyt jelitowy, jak u osesków. Płuca jego wolne były całkiem od gruźlicy, któréj ofiarami padają zazwyczaj małpy w okolicach zimniejszych; jama czaszki bardzo zbliżoną była do jamy czaszki dziecięcia z wyjątkiem większego zagłębienia kości sitowéj i znaczniejszego wypuklenia sklepienia oczodołów.

* **Monachijum.** Prof. Rothmund napisał memoryjał dowodzący potrzeby założenia kliniki chorób ocznych w uniwersytecie mnichowskim. Z tego memoryjału dowiadujemy się, że w dwóch uniwersytetach niemieckich nie ma klinik okulistycznych, t. j. w Monachijum i w Jenie. — Znany i zasłużony anatom prof. Bischoff obchodził temi dniami urodziny swoje 70-te. — Lekarz praktyczny Dr. Oidtmann w mieście Linnich, znany przeciwnik szczepienia, stawał przed sądem policyjnym pod zarzutem nie szczepienia dwojga swych dzieci i skazany został na grzywnę w wysokości 2 marek.

* **Petersburg.** Znany z licznych swoich prac prof. Rudniew, redaktor czasopisma rosyjskiego dla anatomii patologicznéj, uznany został za nieuleczenie chorego na umyśle.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Fürstner, b. asystent prof. Westphala zamianowany prof. zw. i dyrektorem nowo otworzonéj kliniki psychijatrycznéj w Heidelbergu. — Dr. Antoni Schlemmer, asystent przy katedrze medycyny sądowéj, potwierdzony został jako docent medycyny sądowéj w wydz. lek. w Wiedniu. — Dr. Fleischer habilitował się jako docent pryw. wydz. lek. w Erlandze.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Dyjonizy Szyszyłowicz osiadł jako lekarz praktyczny w Sieniawie.

Lekarz pułkowy 1-éj kl. Dr. Jan Zareczny na własne żądanie przeniesiony w stan spoczynku.

* **Nekrologija.** D. 11 listopada zmarł w Pyrmoncie, tajny radzca zdrowotny Dr. Valentiner (ur. w r. 1820 w Holsztynie, ukończył medycynę w Kiel, tamże przez dłuższy czas wykładał jako docent pryw., od r. 1856 lekarz zdrojowy w Pyrmoncie.) — W Bernie morawskiém zmarli Dr. Gustaw Kroczak, dyrektor szpitala krajowego i Dr. Kliċpera, referent spraw lekarskich. — W Paryżu zmarł Dr. Bouvier, członek akad. lek. i tow. chir., autor licznych prac lek. zwłaszcza odnoszących się do chorób dzieci. — Dr. Antoni Fleischer, prof. chemii w Kolowsarze, odebrał sobie życie z powodu choroby nieuleczonéj.

— **Kronika wojenna.** Docent uniwersytetu Dr. K. Reyher w liście z Kaukazu zachwala wózki dwukołowe na resorach, używane tam do przewożenia ranionych, którzy z nich mają być bardzo zadowoleni. Wózek taki jednokonny kryty grubém płótnem, przeznaczony dla dwóch ranionych, ma kosztować razem z koniem około 175 rubl. Tenże autor namienia, że w obecnéj wojnie zdarzają się i po ranach postrzałowych przypadki nagłéj śmierci z zatoru naczyń włosowatych w płucach płynnym tłuszczem szpiku kostnego.

Według artykułu Dra Goldenberga, z głównego zarządu wojskowo-lekarskiego armii rosyjskiéj, w wojsku tém znajduje się 849 lekarzy, nie licząc w to profesorów chirurgii i służby lekarskiéj korpusu gwardyi.

Do Warszawy zwożą prawie codziennie ranionych i chorych wojskowych i zajmują dla nich różne pałace (Brühlowski itd.); rzecz dziwna, iż zarząd wojskowy nie użył w tym celu gotowych już szałasów stacyi sanitarnéj na Bielanach, które byłyby lepsze od starych budynków, nie przygotowanych wcale do tego przeznaczenia. (*Sowr. Med.*)

St. J.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 5 grudnia o godzinie 5téj posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Pacuła okaże kamień z kiszki ślepéj konia wydobyty a Towarzystwu przez kol. Ulanowskiego z Lublina w darze nadesłany i opowie sposób powstawania takich tworów, 2) kol. Browicz wyłoży rzecz o zmianach nérek w zapaleniu miąższowém ostrém na własnych badaniach opartą, 3) kol. Ponikło okaże przypadek zupełnego zropienia włókniaka macicy.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Piątek dnia 7go grudnia o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém po wyczerpnięciu porządku dziennego z zeszłego posiedzenia i uchwaleniu wniosków w sprawie zakładu zdrojowego krynickiego, Dr. Ściborowski odczyta rzecz o zakładzie zdrojowym w Krzeszowicach.

Sprostowanie. W Nrze 47, na str. 550, szpalcie 2giéj, wierszu 20 od góry zamiast „nożyce“ czytaj: nożyk; a w wierszu 27 zamiast „dalsza“ czytaj: dolna.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w Sanoku: Na żądanie wysłaliśmy, z wyjątkiem Nru 10, którego już przesłać niemożemy, gdyż nakład I kwartału rb. jest wyczerpniętym.

Do Nru dzisiejszego załącza się dla prenumeratorów w państwie austryjackiém „Prospekt" na dzieło Dra Z. Dobieszewskiego p. t. **„Przewodnik do klimatycznego leczenia."** Autor tego dzieła znany już jest z licznych prac, spodziewać się zatém można, że książka jego umiejętnie opracowaną będzie, i że czytelnicy Przeglądu Lek. poprą to wydawnictwo. Administracyja nasza chętnie przyjmować będzie prenumeratę, jednak ponieważ przesyłka z powodu formalności cłowych jest nieco utrudnioną i droższą, zażąda tylko tyle egzemplarzy z Warszawy, ile się zgłosi prenumeratorów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 15943.

KONKURS.

Na mocy uchwały Wysokiego Wydziału krajowego z 9 Listopada 1877 r. do L. 36080 rozpisuje się konkurs na opróżniające się z dniem 1 Stycznia 1878 r.

Sześć posad Sekundaryjuszów i

Trzy posad, Asystentów lekarskich przy oddziałach chorych Krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Posady Sekundaryjuszów i Asystentów lekarskich nadane będą tylko na lat dwa, takim kompetentom, którzy się wykażą dyplomem Doktora Medycyny lub dyplomem doktora wszech nauk lekarskich uzyskanym na jednéj z Wszechnic Państwa Austryjackiego.

Do posady Sekundaryjusza przywiązaną jest płaca o rocznych 600 złr. w. a. z dodaniem opalonego mieszkania w Szpitalu, zaś do posady Asystenta lekarskiego płaca o rocznych 500 złr. w. a. bez wszelkich innych dodatków.

Ubiegający się o posady powyższe w podaniach swych winni oraz wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

3) Stosunki pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami w służbie krajowéj zostającemi.

Podania należy wnosić najdalej do 15 Grudnia 1877 r. do Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj.

Dyrektor Szpitala powszechnego
we Lwowie d. 18 Listopada 1877.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.